SEÑORA PRESIDENTA.- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Es la hora 14 y 45 minutos.)

-La Comisión de Presupuesto integrada con Hacienda tiene el agrado de recibir a las autoridades de ASSE -Inciso 29- en el marco del tratamiento de la Rendición de Cuentas y Balance de Ejecución Presupuestal del Ejercicio 2011.

Sin más trámite, le cedemos la palabra a la Presidenta del Directorio de ASSE, doctora Beatriz Silva.

SEÑORA SILVA.- Buenas tardes.

Antes que nada, quiero decir que hemos preparado una presentación que intentaremos que sea lo más breve posible. En ella tratamos de mostrar lo que hicimos en el año 2011, qué somos, a quiénes atendemos -este orden nos pareció importante- con qué red de servicios, con cuántos trabajadores y con qué dinero. También expondremos acerca de los indicadores de cumplimiento del año 2011, en qué estamos -un plan de trabajo de reconversión de la organización- qué opinan los usuarios de nosotros y qué proponemos en esta Rendición de Cuentas.

En diciembre de 2011 ASSE culminó con la aprobación, por parte del Directorio, de un proceso de planificación estratégica que se elaboró en conjunto con todas las Gerencias y Direcciones de unidades ejecutoras, contando con la colaboración de la OPP. En él se definió su misión como principal prestador estatal de servicios de salud, integrado a una red en todo el territorio, con la fundamentación del cambio de modelo de atención en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud como uno de sus postulados principales y con una visión de ser un referente en la atención de salud -humanizada y con un acceso equitativo- del país. Allí se definieron algunos objetivos estratégicos para el período 2012-2014, que fueron consolidados a partir de insumos en los que trabajaron más de 160 personas en distintos talleres integrantes de unidades ejecutoras y del equipo de gestión de ASSE.

Agrupamos estos objetivos en seis grandes ejes temáticos que tienen que ver con la red asistencial. Se resolvió planificar la red de servicios de ASSE como un prestador integral que esté alineado al cambio de modelo, que ponga énfasis en la estrategia de APS, que organice sus servicios desde el enclave de la región y que favorezca el acceso y la oportunidad en la atención. Se apunta a promover un marco normativo que favorezca la complementación, tanto con los efectores públicos como con los privados, así como implementar un plan de complementación pública-privada y pública-pública. Estamos trabajando en el marco de las responsabilidades que tiene ASSE como coordinador de la red integral de efectores públicos de salud.

En cuanto al desarrollo institucional y a los sistemas de información, quiero decir que uno de los planteos fundamentales fue definir una estructura de la organización que permitiera asegurar la prestación de servicios continua y equitativa, así como construir la centralidad normativa que posibilitara el diseño de procesos únicos, la descentralización operativa y un control eficiente de los procesos.

Se apuntó también a consolidar, fundamentalmente, los sistemas de desarrollo en gestión y sistemas de información que permitieran centralizar algunos de los procesos de gestión administrativa clave, mejorando la eficiencia y su control.

En cuanto al relacionamiento y comunicación institucional, buscamos potenciar fuertemente el relacionamiento y la participación, tanto de usuarios como de trabajadores, no solo en el marco de los cometidos que tiene ASSE y de su constitución jurídica, sino como necesidad prioritaria para poder avanzar en el proceso de atención a la salud. Se pretende construir una política de comunicación que

esté alineada con el plan de desarrollo y hacer el máximo esfuerzo para amplificar y poner en valor la imagen institucional de ASSE, tanto a nivel local como nacional.

En cuanto a los organismos públicos, cabe destacar que en los últimos tiempos ASSE está en la opinión pública por sus malas cosas, que en general existen, pero no constituyen la mayoría de los actos y actividades que realizamos en todo el país; por eso es muy importante que revaloricemos el esfuerzo y la imagen de una institución que tiene los resultados que ha conseguido hasta ahora.

En lo que respecta al capítulo de los recursos humanos, teniendo en cuenta que la prestación de los servicios de salud se da con personas, para ellas y a través de ellas, que en lo que refiere al componente del Presupuesto supera el 62% del gasto de la institución y que por naturaleza somos el organismo formador de los recursos humanos que integran los equipos de salud, proponemos como eje estratégico promover políticas de complementación también en este concepto de recursos humanos, analizar la adecuación de la dotación y las competencias de estos recursos, definir una política que promueva el desarrollo profesional continuo y la adecuación de las competencias de los equipos, definir la carrera funcional y la forma de evaluación de estos recursos humanos, y un reglamento de trabajadores que promueva la formación del Estatuto único del trabajador de la salud, tal como se está haciendo en conjunto con el Ministerio de Salud Pública, la Junta Nacional de Salud y otros prestadores.

En el capítulo de recursos económico-financieros aspiramos a construir un sistema de distribución que tenga en cuenta la población a asistir por cada unidad o región, definir una cartera de servicios teniendo en cuenta los niveles de complejidad y analizar los costos de producción de nuestros productos -valga la redundancia- promoviendo la eficiencia y la eficacia en el uso de estos recursos, implantar un sistema de distribución que esté basado en la red, que tenga algunos incentivos que sustenten los proyectos regionales -hemos tenido varios ejemplos en el correr de este año- y definir fundamentalmente una política de aranceles que establezca los insumos necesarios para poder validar de manera formal los intercambios. En ese sentido, también proponemos una modificación a la normativa vigente en esta Rendición de Cuentas.

En cuanto a los recursos materiales e infraestructura -y como en cada uno de los ejemplos de incorporación de tecnología en salud que se han dado en este último tiempo- pretendemos ser un referente para la incorporación de tecnología en el marco de la complementación de servicios del Sistema Nacional Integrado de Salud, diseñar un plan de inversiones que se adecue a la distribución nacional y regional de nuestra red, definir y ejecutar un plan de reposición y mantenimiento de uno de los recursos y activos que suponen un peso muy importante en el activo fijo de ASSE, y poder cumplir en tiempo con el plan de habilitaciones de servicios que está definido por el Ente normativo.

¿A quiénes atendemos? A diciembre de 2011 teníamos 1:212.588 usuarios con la estructura de edad que se ve en la pantalla, donde casi 172.000 superan los 64 años de edad. En los últimos años ha cambiado en ASSE la composición de la población; todavía somos un prestador donde la mayoría de las personas son jóvenes, pero este nivel de edad ha aumentado en los últimos dos años, lo que también exige otras planificaciones de servicios y el uso de otros recursos. Por algo los valores de las cápitas del Fondo Nacional de Salud están diferenciados. Además, a diciembre de 2011 teníamos 221.783 usuarios del Fonasa -hoy hemos superado esta cifra- lo que quiere decir que ese número de ciudadanos uruguayos eligieron atenderse en ASSE y ello nos ubica entre los tres o cuatro prestadores con más cantidad de afiliados por elección -dependiendo de cómo estén los números en estos últimos meses- que tiene nuestro sistema de salud. Así hemos evolucionado de 2008 a 2011; el número de usuarios del Fonasa viene en crecimiento permanente y si pudiéramos poner los datos del último mes, esa curva subiría en casi 50.000. Al día de hoy tenemos 276.000 usuarios del Fonasa distribuidos en todo el país, con 313.000 en Montevideo. Dependiendo de la cantidad de población que exista en el resto del interior, esa es la distribución. Les dejamos la presentación para que puedan contar con los datos concretos.

Contamos con una red de servicios que está distribuida en todo el territorio nacional, siendo la más amplia de todo el país con más de 800 unidades de primer nivel de atención, más de 100 ubicadas en Montevideo, 43 hospitales distribuidos en todo el país, entre hospitales generales de segundo y tercer nivel, hospitales de atención siquiátrica y el Hospital Hogar "Dr. Luis Piñeyro del

Campo” y 11 hospitales de referencia en Montevideo, algunos de ellos especializados. Estamos hablando de alrededor de 26.000 personas que ocupan más de 31.000 puestos de trabajo por diferentes formas de contratación, con algunos indicadores interesantes de evolución en número de enfermeros y de médicos cada mil usuarios, lo que nos hace acercarnos cada vez más a algunos indicadores de resumen a nivel del país.

Hemos avanzado fuertemente en algo para lo que, de hecho, muchos de los señores Senadores deben haber recibido una convocatoria o planteo por parte del Sindicato Médico, y es el cambio del modelo de trabajo y de la definición del Cargo de Alta Dedicación Horaria que estabilice a las personas en los servicios. ASSE es pionero en la definición de este modelo. En la actualidad, en ASSE contamos con 65 cargos de Alta Dedicación Horaria definidos y autorizados, 35 de los cuales ya están ocupando sus puestos y 30 en proceso de selección, en aquellas disciplinas prioritarias como Anestesiología, Pediatría, Neonatología Intensiva, Medicina Intensiva de Adultos, Pediatría General y algunas especialidades. Este ha sido un enorme esfuerzo que ha hecho ASSE, no solo en el cambio del modelo de trabajo, sino porque asegurar la transición en la incorporación de Cargos de Alta Dedicación con Cargos de Alta Dedicación Básicos supone, por un período, el aumento de los recursos humanos asignados a ese sector hasta que la transición ocurra. Al respecto hemos tenido muy buenos resultados, no solo para la cobertura, sino también para la mejora de la calidad de la atención. Por ejemplo, los cargos de Medicina Intensiva son horizontales, porque un paciente que debe estar internado por determinada cantidad de días no tiene que ser visto cada día por un médico diferente, sino que hay médicos que lo pueden seguir durante todo su proceso de atención.

Aspiramos a continuar en esta línea y para ello contamos con alguno de los artículos propuestos en esta Rendición de Cuentas.

¿De qué presupuesto estamos hablando? En el año 2011 ejecutamos aproximadamente $ 16.000:000.000, de los cuales se asignó un poco más del 62% del porcentaje global de gastos a Retribuciones Personales, por todas las vías de financiamiento. Dentro de nuestro presupuesto tenemos que destacar que ASSE, como prestador del Sistema Nacional Integrado de Salud, tiene ofertas de atención -con las que no cuenta ningún otro prestador- que suponen aproximadamente el 7% y se invierten en la atención de los pacientes residentes de las Colonias Etchepare y Santín Carlos Rossi, del Hospital Hogar “Dr. Luis Piñeyro del Campo” y del Servicio Nacional de Sangre que, si bien tiene una parte asistencial pura que correspondería a un centro de atención de estas características, también cuenta con cobertura y programas que van para el Sistema Nacional Integrado de Salud en su conjunto. Debemos tener en cuenta el importante avance de la red de atención a usuarios con consumo problemático de drogas, la atención a personas privadas de libertad -que fue incluida como competencia de ASSE en el Presupuesto pasado- y la atención a personas en situación de calle. El 7% de un presupuesto tan importante es una cifra significativa y ASSE la invierte en estos servicios especializados y en el desarrollo de políticas sociales que se han definido en nuestro país. También tenemos algunas características específicas que nos distinguen de otros prestadores de salud, especialmente la dispersión geográfica de nuestra población usuaria, la dispersión de los servicios y el perfil socio económico de la misma. Muchas veces, se debe redoblar el esfuerzo para la captación y atención teniendo en cuenta estos componentes de la población usuaria. Además, hay una disparidad muy importante en los aportes patronales al Banco de Previsión Social, con respecto a los otros prestadores. En nuestro caso, tenemos un 20.5% de aporte patronal al BPS, cuando el resto tiene solo un 7.5%, por lo que el presupuesto asignado al pago de retribuciones personales nos rinde un poco menos. A su vez, también hay diferencias con relación a la accesibilidad a las prestaciones, ya que no tenemos copagos, sino algunas otras prestaciones de alta tecnología, las que muchas veces debemos brindar a nuestros usuarios porque no tienen otra alternativa, a diferencia de lo que sucede con otros ciudadanos que cuentan con una cobertura de salud con otra situación socioeconómica.

Nos parece importante que puedan ver una serie en la que se muestra cómo han evolucionado en ASSE los indicadores asistenciales en la última década, es decir, de 2001 a 2011. Allí vemos que, cada mil usuarios, pasamos de 27,4 a 44 intervenciones quirúrgicas; en las consultas por usuario por año la cifra casi se duplica porque se pasó de 3,3 a 6,4; los egresos también aumentaron y el número de camas se ha mantenido más o menos constante. Nos pareció interesante graficar cómo ha evolucionado el número de usuarios de ASSE -en la diapositiva corresponde a la curva que está en celeste- y cómo lo han hecho algunos indicadores asistenciales. En la diapositiva que están viendo en este momento, se puede observar la tasa de intervenciones quirúrgicas y tanto ésta como las

siguientes -como la que detalla las consultas por usuario, los egresos o las consultas en número y no en tasa- demuestran que algunos comentarios que a veces hacemos respecto a que ASSE cada vez tiene menos usuarios, más plata y más dificultades, no son tan ciertos porque, si bien en estos últimos diez años el número de usuarios registrados ha descendido, la actividad asistencial aumentó y esto es lo que utiliza recursos. Por esta razón, nos parecía importante que se pudiera ver esta comparación y esta serie relativa al último decenio. Todas las gráficas, más allá de que sean valores absolutos o tasas, tienen un punto de inflexión que se va corriendo, entre 2006 y 2007, y que muestra el aumento de la actividad a pesar de la disminución del número de usuarios.

De todos modos, tenemos que seguir avanzando y si comparamos las tasas o valores de acceso a algunas prestaciones que tienen los otros dos tercios de la población de uruguayos que no son afiliados a ASSE, veremos que al 2010 -habría problemas respecto a la información consolidada en el resto del sector en el 2011- se hicieron 43 intervenciones quirúrgicas cada mil usuarios y el resto de los prestadores hicieron 67; casi 6 consultas por usuario por año, mientras que el resto de los prestadores tenía casi 7; y en cuanto a los egresos, ASSE tenía un poco más que los otros. En cuanto al acceso a las consultas por usuario por año y al número de intervenciones quirúrgicas, si consideramos que el resto de los prestadores tiene una accesibilidad mayor, veremos que todavía debemos seguir avanzando, más allá de las gráficas que muestran nuestra evolución muy favorable en los últimos años.

Tenemos más de 460.000 metros de infraestructura, entre propia y conveniada, y en el año 2011 hicimos, entre remodelación, reparación y ampliación de azoteas y fachadas -pusimos sólo estos ítems porque tienen una dimensión económica financiera muy importante- casi 22.000 metros cuadrados.

Además, participaron alrededor de 1.500 personas en cursos de capacitación específicos -con más de 800 horas de trabajo- vinculados a múltiples temáticas, como ser: administración, contrataciones del Estado, nuevas normativas del Tocaf, compras, sistema informático de sueldos y administración documental, así como otros referidos a temas más técnicos, como el establecimiento del *Triage* en las emergencias, la imagenología digital, la capacitación para la implantación del Programa Siembra y diplomado en gestión. Somos el principal campo de práctica en la formación de los recursos humanos en salud; creemos que más del 90% -tal vez, más del 95%- de los integrantes de los equipos de salud, tanto médicos como no médicos, se forman en los hospitales públicos. Actualmente ha habido un avance importante en el resto del sector, con cargos de residencias médicas fundamentalmente asignados. Esta formación de recursos tiene también una inversión de nuestros dineros en atención, que no la hemos contabilizado pero, sin duda, la formación exige la asignación de recursos supernumerarios. En ese marco, también hemos participado en recursos que el Estado ha definido para el fortalecimiento del Programa para la Formación y Fortalecimiento de los Recursos Humanos de los Prestadores Públicos de Servicios de Salud, con dos subprogramas, el de las Unidades Docentes Asistenciales y la regulación de lo que llamamos el UDA-FMED, para lograr una mejora, mediante compromisos de gestión, de la actividad de las cátedras de la Facultad de Medicina que cumplen funciones en los hospitales de ASSE.

En el año 2011 funcionaron 64 proyectos en 11 disciplinas, distribuidos en ASSE, Hospital de Clínicas, Fuerzas Armadas y Policial. Hay dos ejemplos muy importantes para resaltar -que pueden verse como opuestos- y que supusieron una inversión destacada de recursos. Uno de ellos es la ampliación de la plataforma docente para el primer nivel, de manera de contribuir al cambio del modelo de atención. Allí se hicieron más de 8.000 actividades comunitarias, con la participación de más de 3.000 estudiantes de pre y posgrado. El otro ejemplo tiene que ver con proyectos específicos, es decir, con el financiamiento de la segunda cátedra de Anestesiología y el aumento sustancial de 15 a 30 residentes de Anestesiología, lo cual permitió resolver algunos problemas que en su momento tuvo ASSE, pero que el sistema en su conjunto también tiene y tendrá en los próximos años y que será beneficiado por la formación de estos profesionales.

Ahora voy a mencionar algunas cosas que ya hicimos. Actualmente, en la gran mayoría del país está instalado el Programa Siembra; se han entregado computadoras a los médicos del primer nivel -hoy ya hemos superado las 500, pero la información que estamos viendo es la que existía en el momento de realizar la presentación- lo cual ha permitido que más de 100.000 usuarios estén adscriptos -en el cuadro tenemos el cierre a julio y por eso figuran 95.000- y con la historia clínica

ingresada en el sistema. Esa historia de los usuarios permite tener un mejor acceso para cada uno de los médicos que los atiendan, de manera de poder hacer referencias y contrarreferencias informatizadas.

Por otro lado, se está trabajando fuertemente con la ANEP a través del Plan Ceibal, de manera de buscar alertas para las maestras, lo cual permite contribuir con el control de los niños, fundamentalmente, en el marco rural.

¿En qué situación estamos hoy? Dentro de los postulados de la planificación estratégica, uno de los ejes o capítulos que más se vivió con fervor en esa discusión del año 2011 fue la necesidad de integrar las redes de servicios en los enclaves de región, de manera de asegurar la continuidad de la atención de los usuarios cuando transitan por los distintos niveles de complejidad.

Hemos trabajado fuertemente y, hasta este momento, se llevaron a cabo varias de las actividades que estaban planteadas dentro de los objetivos de este año, como ser: elaborar el marco de referencia -aspecto en el que estamos trabajando, con la capacitación y el fortalecimiento de la OPS- construir los consensos de los distintos actores a nivel local, regional y nacional, definir una propuesta de red de servicios que fortalezca las regiones de salud y especificar los cambios estructurales que ASSE necesita para que la construcción de las redes tenga una utilización mejor y más oportuna de sus recursos. Se llevaron a cabo cinco jornadas nacionales, además de los encuentros con Directores, talleres y propuestas de proyectos asistenciales en cada una de las regiones, siendo el eje del trabajo la integración local. Cuando se integraron los participantes de las distintas regiones, decidieron que cada una de las reuniones preparatorias se debía hacer en los distintos lugares donde participan los integrantes de la red, para tratar de contribuir a que constituya un proyecto de toda la región y no tenga el sello de un solo referente a nivel local. En el marco de la regionalización, también estamos validando muchos de los aspectos administrativos e internos de una organización grande, y existe mucho entusiasmo en que, si seguimos avanzando por esta línea, se puede mejorar sustancialmente el acceso, la utilización de recursos y la complementación.

En el último tiempo se trabajó fuertemente en una de las responsabilidades que tiene ASSE, que es la implementación de la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud. Se desarrollaron varios proyectos específicos de intercambio como, por ejemplo, el CTI de niños del Hospital Policial, el Centro Cardiovascular del Hospital de Clínicas, la producción de medicamentos en conjunto con Sanidad Militar, los siniestros laborales con el Banco de Seguros del Estado y estamos trabajando en un laboratorio conjunto para la realización del Papanicolaou con el Banco de Previsión Social, la Intendencia y la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer. Al respecto quiero decir que, justamente, hoy el Directorio firmó un convenio que valida lo que venimos haciendo en conjunto con la Intendencia Municipal de Montevideo desde hace muchos años, para integrarlo a los productos de la red y que quede formalizado en un documento para que nosotros -y quienes vengan luego- podamos medir los resultados. Hemos decidido constituir comisiones de seguimiento de los convenios para controlar, no sólo los de la Rieps sino también otros convenios de complementación con los otros efectores. Allí participan los usuarios, los trabajadores y los equipos de gestión de las dos instituciones involucradas, de forma de vigilar que lo que está puesto en el convenio se cumpla y evaluar las necesidades de modificar algunos de los aspectos que pudieran estar definidos en un inicio, pero que la implementación diaria hace que sean imposibles de continuar.

¿Qué opinaban en su momento los usuarios de ASSE? La lámina que estamos proyectando muestra algunos de los datos de una encuesta realizada por Equipos Mori para el Ministerio de Salud Pública, en diciembre de 2011. Una de las múltiples preguntas que se formuló a los usuarios del sistema fue: "¿Diría que la atención de salud que usted recibe, mejoró, está igual o empeoró en los últimos cinco años?" La mejor calificación en esa encuesta la tuvimos los prestadores públicos. El 46% consideró que mejoró, el 35% estimó que estaba igual, el 3% señaló que empeoró y el 6% de las respuestas fue para no sabe o no contesta. En esta tabla también figura la comparación de lo que opinaban los usuarios de los otros servicios de salud.

Por su parte, el Ministro dio a conocer una nueva encuesta, que no incorporamos en esta presentación. Lo que salió publicado es que las personas optaron, fundamentalmente, por atenderse

en los servicios privados y que lo que se evaluó en 2011 sigue con la misma calificación este año, e incluso, mejora notoriamente en el caso de algunos indicadores.

En la presentación se puede apreciar un resumen concreto de los 12 artículos que propusimos en esta Rendición de Cuentas, con los números nuevos. En el día de hoy vamos a proponer la incorporación de un nuevo artículo que refiere a la construcción del nuevo Hospital de Colonia.

Si la señora Presidenta está de acuerdo, pasaré a detallar cada uno de los artículos -en un pequeño resumen, porque ya cuentan con el articulado- para luego recibir las consultas correspondientes.

SEÑORA PRESIDENTA.- De acuerdo.

SEÑORA SILVA.- En el primer artículo -dentro de los que tienen costo- se establece el incremento del Rubro 0, que permita el pago de la nocturnidad en el monto del 30% sobre el salario nominal, en el horario de 21 a 6 horas -que en realidad modifica la fórmula de cálculo que teníamos anteriormente- la simplificación de los renglones del salario que aporta al proceso de reestructura y liquidación de sueldos, conformando el sueldo al grado, y el cumplimiento, fundamentalmente, de convenios y llenado de vacantes. Es así que para poder responder a todos los acuerdos vigentes, a través de este artículo 246, se solicitan en esta Rendición de Cuentas $ 630:000.000.

El artículo 247 refiere a diferencias de cargas legales y también solicita el aporte para poder seguir avanzando en el proceso de presupuestación de los trabajadores de la Comisión de Apoyo 068 y del Patronato del Psicópata, por diferencias generadas fundamentalmente por el régimen de aportación de los trabajadores dependientes y no dependientes cuando se presupuestan. Por esa razón, hay $ 30:000.000 solicitados para este año, a partir de que se promulgue la ley, y $ 70:000.000 a partir del año 2013.

En el artículo 248 se realiza una trasposición de créditos para fortalecer la Comisión de Apoyo de ASSE o el Grupo 0. Se trata de una disposición que no tiene costo presupuestal y permite trasponer de gastos de funcionamiento, que prevemos aumentar en forma importante por el ingreso de nuevos colectivos al Fonasa. De hecho, en los últimos meses hubo alrededor de 30.000 nuevos afiliados. Por lo tanto, ese es el destino de ese financiamiento y el origen de los fondos.

El artículo 249 también propone la reasignación de lo que se cobre por el cumplimiento de las metas asistenciales definidas para el sistema y que ese dinero podamos asignarlo a la creación de cargos de alta dedicación, que continúen transformando el régimen de trabajo médico. Como veíamos hoy, ASSE ha sido pionero en esto y hemos tenido muy buenos resultados, visto desde todos los lados: desde la gestión, desde los usuarios y desde los trabajadores.

El artículo 250, en realidad, pretende mejorar la utilización de los créditos destinados a gastos de funcionamiento y suministro. La idea es que dentro de este grupo de gastos se pueda hacer un intercambio que asegure mejorar alguna eficiencia en el uso. Por ejemplo, si dejamos de gastar en energía eléctrica, que podamos transformar ese gasto en combustible o en gas. Además, en muchos de los hospitales grandes estamos cambiando nuestra matriz de energía y teníamos algunas dificultades para hacer estas transferencias.

En el artículo 251 entendimos que era importante modificar el literal K) del artículo 5º de la Ley Nº 18.161 y que la adquisición o enajenación de inmuebles se defina por mayoría del Directorio. Hoy esto se define por unanimidad de sus miembros y el Directorio consideró que es bueno que las mayorías definan estos destinos.

En el artículo 252 se plantea una modificación, fundamentalmente para la aprobación de aranceles y servicios. Actualmente, nosotros necesitamos hacer un largo proceso de validación para que el Poder Ejecutivo modifique un decreto vigente. Por lo tanto, nos parece que estamos avanzando fuertemente en los sistemas de complementación, pues los aranceles que estaban definidos en el

decreto vigente no dan cuenta de la realidad actual de los servicios y, además, los precios de intercambio deben ir variando, teniendo en cuenta cómo es la concentración. Asimismo, hay que tener en cuenta que esta modificación queda relativizada en aquellos convenios de complementación con otros organismos, tanto públicos como privados, que tengan el aval de la Junta Nacional de Salud. Es de destacar que todos los convenios que hemos firmado últimamente han sido acordados, no sólo a nivel local entre los prestadores, sino con la validación de las Juntas Departamentales de Salud del sistema.

El artículo 253 tiene que ver con la modificación del artículo 33 del Tocaf. Aquí se trata de incorporar una excepción que permita, en aquellos convenios de complementación intervenidos y no objetados por el Tribunal de Cuentas, que no tengamos observación de ese gasto. Hoy los convenios de complementación suponen intercambio de servicios que, por supuesto, en los períodos que el convenio así lo exprese, se transforman en una factura y un pago -el que tiene que pagar, paga- y cuando nos toca a nosotros, ése es un gasto observado porque no ha seguido la normativa establecida para las compras del Estado. Entonces, consideramos que este es un artículo fundamental que no sólo fortalece continuar en el camino de la complementación de servicios, sino que además elimina observaciones del Tribunal de Cuentas, que no deberíamos tener porque hemos hecho este proceso. Por eso, se solicita esta excepción en el caso de aquellos convenios no objetados por el Tribunal de Cuentas. Justamente, hace dos meses tuvimos tres convenios validados por el Tribunal de Cuentas, pero vamos a tener una observación cuando hagamos el pago, en caso de que nos corresponda a nosotros pagarle al otro prestador.

El artículo 254 prevé la presupuestación de algunas personas contratadas -al amparo del artículo 410- que quedaron en esas ventanas al ir cambiando la normativa. Cuando la ley se promulgó, permitió la incorporación de personas que en ese lapso -entre la promulgación de la ley y el inicio del proceso- no habían tenido el derecho para esta renovación. Se trata de alrededor de 400 personas que quedaron en esa ventana, por lo que estamos proponiendo resolver esta situación.

Mediante el artículo 255 se solicita que se autorice la acumulación de empleos públicos de algunos profesionales de la salud, planteando un régimen de excepción en la acumulación de cargos para aquellas personas que tengan funciones en dos o más efectores públicos de los escalafones A y B, y que se autorice a percibir dos ingresos con cargo a fondos públicos. Aquí especificamos que deberá contar con el visto bueno del Consejo de la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud -Rieps- y del Ministerio de Salud Pública. Hoy estamos teniendo casos concretos con dificultades como, por ejemplo, jubilados policiales o militares que tienen una jubilación a temprana edad, que corresponden a un especialista de los priorizados o de los escasos, y no hemos podido hacer esta contratación en algunos lugares. Hay ejemplos concretos de pediatras, de urólogos y otros casos en el interior, y nos parece importante que esto se regularice. Actualmente, esa habilidad la tienen aquellas personas que cumplen sus funciones en el interior, pero no si hay alguien que tiene un cargo en Montevideo y puede pasar a cumplir otro en el interior. El agregado que hicimos, en el sentido de que debe contar con el visto bueno del Consejo de la Rieps y del Ministerio de Salud Pública, es para continuar avanzando en los cargos de alta dedicación horaria, sin perder la posibilidad de contar con recursos calificados dentro de los prestadores públicos.

El siguiente artículo supone la necesidad de transformar los cargos de un escalafón a otro -siempre y cuando no tenga costo presupuestal o esté financiado- cuando un trabajador con un cargo presupuestal, por ejemplo, de auxiliar de enfermería, haya pasado a cumplir funciones como licenciado en enfermería, tenga más de dos años en forma ininterrumpida en el cargo y haya cumplido satisfactoriamente la función. A partir de los convenios vigentes que se firmaron desde 2008 a 2010, muchas de estas personas ya están cobrando lo que se acordó, que llamamos el compromiso funcional; esto significa que están percibiendo el salario de la función que desempeñan, pero no tienen su cargo presupuestal. Por lo tanto, esta disposición es muy importante por su incidencia en algunos aspectos de la reestructura administrativa y lo será aún más al momento de definir y continuar avanzando en el tema de la carrera funcional.

En cuanto a la participación social, hemos solicitado la posibilidad de reasignar o utilizar -si existe disponibilidad- de gastos de funcionamiento, un monto que no supere las 210.000 Unidades Indexadas anuales, que servirá para el financiamiento de actividades de capacitación, traslado y alojamiento de los usuarios.

Creemos que el trabajo con los usuarios de los servicios de salud es muy importante. Asimismo, es fundamental el avance en la participación de los usuarios en las Comisiones de Seguridad del Paciente, en los Consejos Consultivos locales y en las actividades de promoción de salud a nivel de su zona. Sin embargo, muchos de ellos tienen dificultades para su traslado; por esta razón, nos pareció importante -en caso de que exista presupuesto que pueda asignarse a esta tarea- contar con esta posibilidad administrativa para nuestros usuarios. Cabe acotar que hoy esto ya existe para nuestros trabajadores y nos permite realizar actividades de capacitación y traslado. Sin duda, con ese monto anual no vamos a poder realizar todas las actividades que consideramos importantes, pero al menos podríamos desarrollar dos por región, en distintas temáticas, como la integración y trabajo en los Comités de Ética -esto lo hemos hablado muchas veces con el señor López y también con los integrantes del Directorio-; la participación de los usuarios en las Comisiones de Seguridad del Paciente -como dije antes- y también la participación de estos en el cuidado de su propia salud. Por estas razones, también este es un artículo que responde a las necesidades de ASSE como prestador, que tiene situaciones o características específicas en nuestro país.

Por otro lado, entregamos a la Mesa un artículo cuya incorporación proponemos -que llevará el número que se le asigne después, según la numeración general- relacionado con la decisión tomada por el Directorio de utilizar el producto de la venta del bien que hoy ocupa el viejo Hospital de Colonia para la construcción del nuevo hospital de la ciudad. Sin duda, el monto no será suficiente, de manera que hemos hecho una reasignación de los créditos disponibles y priorizado algunos créditos asignados por distintas vías de financiamiento; todo esto nos permitirá iniciar en breve la construcción del nuevo hospital, lo que representa una prioridad para nosotros y para toda la población. Sabemos que esto ha sido también objeto de preocupación para muchos Legisladores durante el último tiempo.

Muchas gracias.

Estamos a las órdenes para responder las preguntas que los señores Senadores deseen formular.

SEÑORA PRESIDENTA.- Muchas gracias.

SEÑOR PENADÉS.- Buenas tardes. Ante todo, nos sumamos a la bienvenida que la señora Presidenta dio a las autoridades de ASSE.

Desde ya -tal como la señora Presidenta de ASSE lo manifestó- solicitamos que se nos entregue la documentación pertinente para poder estudiarla y calibrar la información en ella contenida.

Me gustaría que la señora Presidenta de ASSE especificara -si no puede hacerlo ahora, le agradecería que nos hiciera llegar el listado- cuáles son las obras de infraestructura de gran porte que se han venido realizando en el territorio nacional. Cuando digo de gran porte, me refiero a aquellas que representan una gran inversión. De esa manera, podremos conocer dónde se están invirtiendo los recursos y, además, en qué plan estratégico se circunscriben. En ese sentido, quisiéramos saber cuál es la situación del viejo Edificio Libertad, donde hoy se ubica el Directorio de ASSE. Las inversiones que allí se vienen llevando adelante en un principio estuvieron asociadas a la idea de construir un hospital de agudos, pero según información de prensa que recibimos posteriormente, se estaría pensando en darle otro destino de carácter hospitalario. Nos gustaría que la señora Presidenta nos informara si esa noticia es cierta y, de ser así, por qué se resolvió ese cambio de destino.

Por otra parte, quisiéramos conocer qué inversiones en equipamiento de gran porte ASSE ha realizado en el correr de los últimos tiempos, especialmente en el período de la última Rendición de Cuentas y de la anterior. En concreto, estoy pensando en lo que tiene que ver con la alta tecnología médica. Además, nos gustaría que se nos informara dónde se va a ubicar ese equipamiento.

También queremos conocer el monto que se destina anualmente para la contratación de servicios que ASSE no puede brindar en forma directa. Estoy pensando, por ejemplo, en el alquiler de camas de CTI y en tecnología que quizás ASSE no posee en la cantidad necesaria, por lo que debe recurrir a otros prestadores.

A su vez, me gustaría saber cuántos pacientes de ASSE fueron derivados en el correr del año pasado al Cudim para recibir un tratamiento relacionado con una tecnología médica de punta, y cuál fue el monto invertido en esos tratamientos. No me queda claro si el Cudim depende de ASSE; creo que no, pero pido que a la señora Presidenta de ASSE que por favor me lo confirme.

Por otro lado, quisiera saber cuántas ambulancias fueron incorporadas a ASSE, cuántas posee actualmente y dónde están destinadas, porque en algunos puntos del país que hemos visitado se nos manifestó cierta preocupación por la inexistencia de ambulancias o por problemas en su mantenimiento, por lo vetustas que son, etcétera. Incluso tengo entendido -el señor Senador Heber conoce este tema mejor que quien habla- que en Artigas, una ambulancia que había sido comprada por los propios vecinos de Baltasar Brum fue derivada a otro centro hospitalario del departamento. Hace algunos días también se nos planteó la preocupación sobre la situación de la ambulancia en Garzón. Por lo tanto, nos gustaría que la señora Presidenta de ASSE informara al respecto.

Otra pregunta que quiero formular está asociada con el tratamiento de los pacientes con HIV. Planteamos esta misma inquietud al señor Ministro de Salud Pública, que hoy en la mañana compareció en la Comisión. Para el tratamiento de esta enfermedad, lo que tradicionalmente el Vademécum y las Comisiones Asesoras permiten es una medicación que consta de 25 pastillas, y que comúnmente se conoce como el "cóctel". Estamos enterados de que actualmente existe otra medicación, llamada Atazanavir, que consta de una sola pastilla, pero al parecer -según nos informó hoy el señor Ministro de Salud Pública- su distribución no ha sido autorizada por el Ministerio. Sin embargo, nos consta que, por medio de Compras y Contrataciones Estatales, los servicios de salud del Estado sí han comprado este medicamento en varias oportunidades para ser suministrado a pacientes que se atienden en ASSE, pero no a quienes pertenecen a instituciones de asistencia médica privada, entre otras razones, porque no ha sido incorporado al Vademécum. En este sentido, nos gustaría saber cuál es la opinión de la señora Presidenta.

Con relación al articulado, quisiera saber si fueron creados los 800 cargos previstos por el artículo 717 de la Ley Nº 18.719 y a qué obedece la partida que se asigna mediante el artículo 247; es algo que no logramos entender porque es previo a la financiación del gasto por transferencia de crédito y asignación específica de rubros a tal objeto.

En cuanto al artículo 251, quisiéramos saber por qué se decidió modificar las mayorías para la venta o enajenación de bienes muebles o inmuebles de ASSE, puesto que se pasó de la unanimidad de los integrantes del Directorio a una mayoría simple. ¿A qué se debió esa decisión?

También nos gustaría saber en qué se fundamenta el artículo 252, que autoriza la existencia de convenios interinstitucionales avalados por la Junasa, ya sea en el ámbito público-privado o público-público, cuyos aranceles y contraprestaciones -a percibir por sus servicios- no son fijados por ASSE.

Por otra parte, conocida la decisión tomada en oportunidad de la Rendición de Cuentas en cuanto a que funcionarios de la Escuela de Sanidad "Dr. José Scosería", de la Udelar que desempeñen funciones bajo el régimen de comisión de servicio en la unidad ejecutora 068 -o sea, ASSE- podrían optar por incorporarse a dicha unidad, quisiéramos saber cuántos dejaron de pertenecer a esa Escuela para incorporarse a ASSE.

A su vez, me gustaría que la señora Presidenta se refiriera a la primera pregunta que formulé, vinculada con el Centro Hospitalario Libertad.

En lo relativo a la unidad ejecutora 105, Atención de Urgencia y Emergencia Preshospitalaria y Traslado para la cobertura de la asistencia de ASSE en Montevideo y Área Metropolitana, se nos ha informado que uno de los problemas que tiene es la dificultad de contar con unidades especializadas de traslado, sobre todo en los fines de semana y feriados. En este sentido, me gustaría saber -además de la pregunta que hice respecto a las ambulancias- con cuántas unidades especializadas con dotación y equipo cuenta ASSE para esa zona.

Finalmente, quisiéramos que la señora Presidenta nos informara acerca de cuántos médicos y asistentes de nacionalidad cubana continúan trabajando en el Hospital de Ojos y si se prevé hasta cuándo, o si en algún momento ASSE pretende sustituir a estos profesionales extranjeros por uruguayos, para realizar la labor que se está llevando adelante.

Es todo, señora Presidenta.

SEÑORA PRESIDENTA.- La Mesa aclara a la señora Presidenta del Directorio de ASSE que las preguntas formuladas pueden ser contestadas por ella o por cualquiera de los integrantes de la delegación.

Por otra parte, si de alguna información no se dispone en este momento, desde ya los comprometemos a enviarla posteriormente por escrito.

SEÑORA SILVA.- Voy a contestar algunas de las preguntas, punto por punto.

Con respecto a la infraestructura y al equipamiento, vamos a hacer llegar una lista detallada de los equipos y la infraestructura de alto o mediano porte que hemos venido instalando desde el año pasado, distribuidos por tipo de equipo y lugar.

En lo que tiene que ver con el Centro Hospitalario Libertad, después voy a pedir a la Gerente General, doctora Alicia Ferreira, que haga un *racconto* de cuáles han sido las decisiones del Directorio en esta etapa y en qué momento estamos respecto a la construcción.

En cuanto al monto anual de contratación a servicios externos, podemos decir que en el año 2011 se gastaron $ 232:000.000 en contratación externa de CTI, $ 609:000.000 en estudios y aproximadamente $ 207:000.000 en traslados. En cifras generales, ese fue el total del año 2011, del presupuesto global que teníamos en la tabla primaria.

Con respecto al Cudim, debemos decir que no es un servicio nuestro, pero haremos llegar al señor Senador la información sobre cuántos pacientes de ASSE se han atendido allí en este año.

En lo que tiene que ver con las ambulancias, podemos decir que ASSE tiene más de 500 y que en este año y los primeros meses del próximo pensamos comprar alrededor de 30. De todas maneras, podemos hacerle llegar el detalle de cuáles son y dónde están las ambulancias que ASSE tiene distribuidas por todo el territorio.

Respecto al Atazanavir, de acuerdo con el Vademécum que define el Ministerio de Salud Pública, y en el marco de cuáles son las prestaciones autorizadas en el Proyecto Interdisciplinario de Atención a la Salud, podemos decir que es obligatorio para aquellas que están definidas en el PIAS, y opcional para los prestadores que tengan la posibilidad de incorporarlo y brindárselo a sus pacientes. De hecho, ASSE tiene un número importante de prestaciones que no son obligadas por parte del sistema, pero en algunos casos concretos de pacientes muy específicos se ha financiado su suministro, por distintas razones. Concretamente, hoy estamos atendiendo a 1.600 pacientes con HIV, aunque no necesariamente con Atazanavir. Esa es una potestad que el prestador tiene.

Después voy a pedir al señor Senador que me repita la pregunta sobre el artículo 247; tal vez sea mejor dejarla para el final.

En cuanto a las mayorías, hasta el momento no hemos tenido ningún inconveniente, pero el Directorio consideró que la unanimidad no necesariamente es una buena decisión, ya que -por distintas razones- alguno de los miembros del Directorio puede considerar que la venta de un bien no es adecuada, lo que nos impediría hacerlo a pesar de necesitar el dinero para otros fines. Reitero que no hemos tenido ningún inconveniente hasta ahora, pero nos parece bueno que defina la mayoría y no la unanimidad. Debe tenerse en cuenta, además, que ASSE permanentemente recibe legados a beneficio de múltiples unidades ejecutoras, lo que ha permitido mejorar otros servicios. En general, los

ciudadanos tienen la voluntad de que se le dé determinado destino a lo que legan, y muchas veces no podemos hacer nada, por ejemplo, con un campo que fue donado al Hogar de ancianos de Flores. Entonces, nos parece que esta es una salvaguarda importante, independientemente del hecho de que quienes hoy integramos el Directorio nos hayamos puesto de acuerdo, ya que no sabemos si eso siempre podrá ser así.

Respecto a las personas de la Escuela Scosería que optaron por quedar en la unidad ejecutora 068, debo decir que fueron un total de 15.

Con relación a las ambulancias, señalamos que tenemos 13 especializadas en Montevideo y el área metropolitana que dependen del servicio105 -luego sumaremos este dato a la información completa de las ambulancias-; en las coberturas del área metropolitana existen, en algunos casos, dificultades para contar con el servicio el fin de semana, fundamentalmente por la ausencia de recursos humanos, esto es, de algún integrante del equipo formado por chofer, enfermero y médico. De todos modos, en el informe que enviaremos figurará la información detallada al respecto. En este momento no tengo el dato de cuántos profesionales integran la brigada cubana que está cumpliendo funciones en el Hospital de Ojos, pero aclaro que pensamos continuar con este convenio, por lo menos, por lo que resta de este año y por el próximo. Hay una necesidad de continuar con estas y otras cirugías y se está dando una integración con la Cátedra; hay residentes en el Hospital de Ojos que también están avanzando en la obtención de destrezas en el trabajo conjunto.

En principio, puedo decir que estamos por firmar un acuerdo de continuidad de esta tarea en colaboración con el Gobierno de Cuba, como dije, para este año y para el próximo; puedo mandar a los señores Senadores los datos, por tipo de cargo, de cuántos son los ciudadanos cubanos que están participando actualmente en esa brigada.

Con respecto a la pregunta acerca del artículo 252 quiero decir que, en realidad, lo que prevé este artículo es la posibilidad de que ASSE tenga la potestad de fijar, fundamentalmente, sus aranceles y sus precios de venta de servicios. Creemos que eso es absolutamente necesario, así como que los vayamos actualizando, porque no necesariamente deberán estar fijos, aunque les pongamos un indicador de valor que ya tenga actualizaciones. Hoy en día nuestros aranceles están fijados en Unidades Reajustables y la evolución de este valor no se acompasa con la de los salarios de los equipos de salud ni de los costos de los servicios médicos.

Establecimos la excepción no porque no usemos los aranceles para los convenios de complementación, sino porque en estos no necesariamente debemos definir los aranceles de compra y venta porque tenemos otras externalidades positivas entre los conveniados, lo que nos permite acceder a otros precios de intercambio, no tanto de venta sino, probablemente, de costo de servicios.

Pediría al señor Senador Penadés, si es tan amable, que me reiterara la pregunta que formuló respecto al artículo 247 porque no me quedó clara.

SEÑOR PENADÉS.- Con gusto.

La pregunta está relacionada con el hecho de que por el artículo 717 del Presupuesto se crearon 800 cargos, y no me queda claro por qué se establece esta partida este año. ¿No fue suficiente con la partida que se creó en el Presupuesto y necesitan una partida complementaria para atender esa situación, o pasó otra cosa? No logré entender esto.

SEÑORA SILVA.- En realidad, se estableció expresamente que ese dinero era para solventar las cargas legales. El cálculo primario que se había hecho, fundamentalmente en la presupuestación de los profesionales, no había contemplado el peso importante que tienen las cargas legales -los aportes personales y patronales- al integrarlos al Presupuesto. Como los acuerdos con los trabajadores establecían que íbamos a mantener su ingreso líquido, había que tener en cuenta las diferencias entre el salario líquido y el nominal; el aporte patronal tiene un impacto en el valor que supera el 50%.

Si la señora Presidenta me lo permite, cederé el uso de la palabra a la doctora Alicia Ferreira, Gerenta General de ASSE, para que presente el informe con relación a en qué etapa nos encontramos y cuáles han sido las decisiones relativas a la construcción del Centro Hospitalario Libertad.

SEÑORA FERREIRA.- En la Ley de Presupuesto de este quinquenio se previó la creación de una unidad ejecutora, el Centro Nacional de Trauma, y también se determinó un presupuesto para la construcción del mencionado Hospital, que está previsto que funcione en el actual Edificio Libertad.

Se previó un crédito de $ 300:000.000 para la obra y de $ 100:000.000 para equipamiento de lo que se va a llamar Centro Hospitalario Libertad.

Lo que ha resuelto ASSE es construir esta obra, por lo menos en dos etapas, y culminar dentro de dos años la primera de ellas, atendiendo a la situación en la formación de recursos humanos específicos y a las necesidades actuales de la red de atención del área metropolitana y a nivel nacional de ASSE.

Por lo tanto, lo que vamos a hacer en esta primera etapa es construir la puerta de emergencia, ampliando algunos servicios de la urgencia prevista inicialmente para que sea polivalente; a su vez, edificar tres salas de block quirúrgico -dos en un centro quirúrgico y una en la puerta de emergencia- en lugar de las cinco que están pensadas para el final de la obra; y seis camas de Centro de Tratamiento Intensivo en vez de las doce previstas al finalizar el Centro Hospitalario Libertad. Al mismo tiempo, hay otros cambios importantes: por ejemplo, habrá un laboratorio de análisis clínicos que será más grande que el previsto inicialmente y, a su vez, en los últimos pisos del actual Edificio Libertad -4, 5, 6 y 7- va a permanecer, por lo menos por los próximos dos años, lo que es el casco central de ASSE, es decir, el área de Administración.

En consecuencia, en esta primera etapa se va a culminar la construcción de los primeros pisos del Centro Hospitalario Libertad. La otra incorporación que sí estaba prevista, pero vale la pena aclararlo, es la del actual Instituto Nacional de Ortopedia y Traumatología, que se va a trasladar desde el edificio actual situado al lado del Hospital de Clínicas. Es decir que el Centro Hospitalario Libertad será un hospital general que estará especializado en traumatología y ortopedia, con una puerta de urgencia que podrá recibir a pacientes de trauma, politraumatizados y lesionados graves, con un laboratorio de análisis clínicos que recibirá estudios de toda la red del área metropolitana del primer nivel y, además, vamos a incorporar una base de salida del Servicio 105.

SEÑOR PENADÉS.- Disculpe mi pregunta, pero no soy especialista en estos temas ni nada que se le parezca. ¿Cuántas camas de internación tendrá este hospital? ¿Cuántas serán habilitadas para internación permanente? Dado que se hizo referencia al block quirúrgico, al CTI, etcétera, ¿cuánta gente va a poder quedar internada allí?

SEÑORA FERREIRA.- En esta primera etapa, las camas de internación de cuidados moderados serán 75.

SEÑOR HEBER.- Ante todo, damos la bienvenida a la Directora y a los asesores de ASSE. Aprovechando esta instancia y su presencia en la Comisión de Presupuesto integrada con Hacienda, queremos preguntar sobre el tema de la Auditoría Interna de la Nación. Los informes de la Auditoría son concluyentes en cuanto a que no fue posible determinar con seguridad razonable si a partir de setiembre de 2011 ASSE contaba con crédito presupuestal suficiente dentro del Rubro 0, Servicios Personales. Esto es preocupante porque la Auditoría no pudo resolver uno de los temas que es parte integrante de la transparencia que debemos tener en la Administración. La Auditoría llega a unas conclusiones y recomendaciones, y en el Anexo se establecen detalles, comentarios y medidas correctivas; hay una columna que contiene las recomendaciones del equipo de la Auditoría Interna de la Nación y otra, con el compromiso de medidas correctivas por parte de ASSE. Entonces, la pregunta es, frente a las recomendaciones de la Auditoría Interna de la Nación, ¿cómo se viene avanzando en cuanto a la transparencia y la mejor y veraz información?

Como mencionábamos, algunos de los artículos ayudan a la mejora sobre la instancia de las observaciones del Tribunal de Cuentas, pero estos compromisos de medidas correctivas demuestran que necesitamos más transparencia y mayor control porque, lamentablemente, la Auditoría Interna de la Nación es concluyente en cuanto a que había un alto grado de caos administrativo. En función de ello, preguntamos cómo terminaron y cómo continúan las investigaciones administrativas que anunció ASSE en su momento, frente a lo que nosotros habíamos señalado como desorden administrativo y responsabilidades de los jerarcas. Se dijo que se iban a llevar adelante investigaciones administrativas y queremos saber a qué conclusiones llegó ASSE frente a un desorden que fue comprobado por la Auditoría Interna de la Nación.

Aspiro a que la señora Presidenta del Directorio de ASSE nos comente cómo van los avances en los compromisos de medidas correctivas que se están instrumentando. Insisto, queríamos consultar sobre esto porque, realmente, son preocupantes los informes que nos llegan de la Auditoría Interna de la Nación.

SEÑORA SILVA.- Primero voy a realizar un detalle de las recomendaciones efectuadas por la Auditoría Interna de la Nación, luego voy a referirme a cuáles han sido las cosas que hemos hecho hasta ahora y en las que estamos avanzando. Más adelante voy a hacer alusión a las investigaciones administrativas y a otras decisiones que el Directorio y su equipo de Gerencia han definido para mejorar sus sistemas de control.

Dentro de las recomendaciones que en su momento hizo la Auditoría Interna de la Nación había una primera que era la construcción de una base de datos integrada y única, que abarcara toda la información de recursos humanos. Nosotros estamos trabajando en este momento y ASSE va a definir asignar fondos provenientes del préstamo del Banco Mundial que supera el US$ 1:000.000 para el diseño y la implementación de un *software* de gestión integral de recursos humanos. Se han contratado los asesores para la definición de ese pliego. Estamos trabajando en conjunto con la Agesic para definir los criterios generales con representantes del Banco Mundial con el fin de avanzar en la integración de un *software* que permita tener la información completa. No obstante, hasta este momento se han realizado algunas adecuaciones “caseras” -permítaseme la vulgaridad de la palabra- que responden a la necesidad de compatibilizar algunos de los sistemas de registro y pago de recursos humanos.

La otra recomendación que realizó la Auditoría Interna de la Nación fue la de separar el Sistema de Control de Ejecución del Rubro Cero de la Dirección de Recursos Humanos, que es la que gasta. Esto ya está definido, se decidió crear una Unidad de Control de Crédito que dependa de la Dirección de Recursos Económicos Financieros y se definió una reestructura del organigrama gerencial de ASSE, donde la Gerencia de Recursos Humanos no queda dependiente de la Gerencia Administrativa, que era la que controlaba y ejecutaba el gasto. Esto está hecho ya desde hace algunos meses y, por lo tanto, el control de ejecución del crédito está separado del organismo que define el uso de los recursos para la cobertura de los puestos.

Otra de las recomendaciones fue la definición en forma documentada de procedimientos para la gestión y para los controles de la trasposición de créditos. El punto anterior es uno de ellos y se están instrumentando y escribiendo los distintos manuales de procedimiento que permitan tener la registración separada pero, fundamentalmente, los mecanismos de control y los instructivos para la utilización de la gestión de esos grupos en las dos Gerencias, es decir, en la de Recursos Humanos cuando se genera el gasto mediante la contratación de una persona y en la Administrativa cuando se va controlando la ejecución de ese crédito.

Otra de las recomendaciones tiene que ver con la realización de un análisis de disponibilidad de recursos financieros, previo a firmar cualquier convenio que resulte de la lucha de los trabajadores en el proceso de la negociación. Ese instructivo está definido y en funcionamiento y, de hecho, en estos últimos meses lo hemos probado bastante. Además, se recomienda precisar expresamente en cada uno de los convenios el valor del mismo y cuál es el monto en el sentido de si corresponde al valor líquido del salario o al nominal, ya que algunos de los cálculos que se habían hecho oportunamente no contemplaban el costo global del convenio o lo hacían con respecto al nominal del salario, pero no al aporte patronal. Por tanto, se trata de dejarlo expresamente especificado en cada

uno de los convenios que se suscriban, relacionándolos con el rubro de Retribuciones Personales. También se habla de definir las bases de cálculo para los ajustes de los convenios, que quede expresamente establecido en cada uno de ellos y evitar que se pacte el pago de retroactividades en los convenios que se suscriban con los trabajadores, salvo que existan justificaciones debidas o la disponibilidad presupuestal suficiente, tal como se expresa en la recomendación anterior. Nosotros hemos incorporado todas estas recomendaciones en este momento y estamos cumpliendo con cada una de ellas.

Una de las recomendaciones importantes tenía que ver con analizar cómo había sido la ejecución de un rubro complejo, integrado por múltiples renglones y grupos, en un salario que tiene una serie de artículos que lo componen. Para esto, en el primer artículo pedimos rubro para el financiamiento de lo que llamamos el "simpli" -en el sentido de simplificar los renglones- o sueldo al grado. El análisis de la ejecución de esas partidas agrupadas de esa forma tan compleja, hace imposible marcar cuál es cada uno de los débitos que se van haciendo renglón a renglón. Por esta razón, la Auditoría planteó hacer un corte de las operaciones y analizar cuál era en ese momento el número de vacantes disponibles, cuánto dinero se necesitaba para la cobertura de las mismas, cuánto para honrar los convenios suscritos con anterioridad, y cuál era la previsión de las futuras vacantes, teniendo en cuenta los puestos que iban a ocupar. De ese corte de operaciones, de ese análisis, de esa prospectiva y de la proyección de utilización del Rubro Cero surge la cifra que hoy estamos pidiendo al Parlamento para poder cumplir con estas obligaciones.

Otra de las recomendaciones -algunas de ellas están un poco más detalladas- está vinculada con el proceso de autorización que defina cuál es el grado de delegación para la atribución de una transferencia de un renglón a otro, quién es la autoridad, cuál es su responsabilidad cuando toma la decisión, y quién debe arbitrar una decisión que se tome en forma inadecuada. Todo esto está incluido en esta decisión, que comentaba, de separar las estructuras de gestión y definir las líneas de jerarquía y cuáles son los puestos que tienen la autorización para hacer esas trasposiciones. Allí también hubo una opinión respecto al rol de la Auditoría Interna y de Gestión de ASSE que, a juicio de la Auditoría Interna de la Nación, en estos aspectos no estaba cumpliendo con el rol que ella consideraba oportuno. Es por eso que estamos desarrollando dos procesos, dos cronogramas de trabajo. Uno de ellos es la reformulación de la estructura de la Auditoría Interna y de Gestión de ASSE. A esos efectos, el Directorio tiene en consideración una propuesta de reconversión, la que probablemente validaremos la semana próxima. Esta propuesta de reconversión permitirá disponer de equipos de técnicos vigilando no solo el cumplimiento de lo que la Auditoría Interna de la Nación sugirió como mecanismos de control, sino también contribuyendo -por lo que indica la palabra auditoría y los cometidos de la Auditoría como tal- a la formación, capacitación, entrenamiento y definición de pautas para un mejor control, separando el rol de lo que es una inspección y relativizándolo respecto a los cometidos específicos de las auditorías de acuerdo con la definición general de su término.

ASSE ha tenido una participación muy intensa con la Junta de Transparencia y Ética Pública. Estamos avanzando en la definición y en el cumplimiento de las normas que rigen a cada uno de nosotros como ordenadores del gasto; se realizó un importante taller referido a la ética pública en los servicios de salud en el que ASSE participó, y los integrantes de nuestro equipo trabajaron activamente en la creación de este curso. Además, hemos planificado con la Junta la realización de talleres concretos y parciales a nivel de las regiones, de manera de poder avanzar en el cumplimiento de la normativa vigente porque, si bien es responsabilidad de cada uno de los ciudadanos, cuando en una organización tan grande y tan extendida las normas están escritas, nos parece importante avanzar en su consolidación.

Si bien hubo informes previos desde el mes de diciembre, el informe final de la Auditoría Interna de la Nación fue recibido por el Directorio en el mes de mayo de 2012. Luego de analizar su resultado, consideramos que no se había entregado a ese Organismo toda la información, a pesar de que estaba disponible. En consecuencia, hace poco más de un mes el Directorio definió la realización de una investigación administrativa con dos finalidades específicas. Por un lado, se buscaba identificar por qué la información, que a juicio de los integrantes del Directorio estaba disponible, no se entregó en tiempo y forma a la Auditoría Interna de la Nación para completar su estudio. Por otro, se resolvió que culminada la investigación sobre si hubo responsabilidad en la no entrega de la información -y si estuviera disponible- esta se entregaría a la Auditoría Interna de la Nación, solicitándole una nueva

auditoría para que pudiera, eventualmente, identificar cosas que en su primer análisis no hubiera podido detectar. Estos son los distintos aspectos sobre los que estamos trabajando.

Por otra parte, hay un grupo de trabajo que depende de la Gerencia Administrativa de ASSE, que está desarrollando un plan de capacitación. En principio, se había pensado trabajar en forma conjunta con el Tribunal de Cuentas de la República pero, a pesar de que hemos tratado de combinar los cursos, por distintas razones no se han podido concretar hasta el momento. De todas formas se está trabajando, con recursos propios, en la elaboración de un manual único en el que se definen protocolos y pautas concretas de compras y licitaciones, el cual está bastante avanzado. La idea es que ese manual sea utilizado por todas nuestras Unidades Ejecutoras; que haya un control estricto de su cumplimiento; que -tal como lo comentamos en el despacho de la semana pasada- se cuelgue en la Intranet de ASSE, de manera que haya un espacio de consulta en tiempo real, y que quienes tienen más experiencia puedan asesorar a las unidades ejecutoras más alejadas, que tienen menos infraestructura para ello.

A propósito de este tema, el Directorio decidió definir un equipo para realizar un seguimiento detallado de las observaciones del Tribunal de Cuentas. En el primer período de este año se hizo un comparativo con respecto a cuáles habían sido los porcentajes de observaciones, tanto en montos como en cantidad, con relación al año anterior. El informe del acumulado de julio muestra que, comparado el período enero-mayo de 2012 con igual período del año anterior, disminuyeron en un 17,8% el número de observaciones y en un 16,7% en el monto. Aspiramos que al culminar el 2012, con algunos de los cambios que estamos haciendo y con la formalización de muchos procedimientos de compra -que hoy están siguiendo las normas del Estado- lleguemos a guarismos sensiblemente inferiores al año anterior.

SEÑOR HEBER.- Agradecemos la información brindada por la Presidenta de la Administración de los Servicios de Salud del Estado y queremos hacer dos o tres comentarios que nos parecen importantes.

En primer lugar, quiero decir que en las planillas que tenemos nosotros, muchas de las recomendaciones y de los compromisos de medidas correctivas de ASSE tienen fechas límite y algunas de ellas ya se habrían excedido. Por ejemplo, la posibilidad de disponer de un sistema de información única a través de una base de datos integrada tenía como fecha límite el 31 de agosto; por lo menos así figura en las planillas que nos repartió ASSE. Ahora nos dice la Presidenta que esto se está instrumentando en la Agesic y se están buscando ciertas ayudas por lo que parecería que no se cumplió con la fecha indicada. Este es, simplemente, un comentario que queríamos hacer con respecto al informe realizado por la Presidenta.

En cuanto a la negativa u omisión de los jerarcas, me parece correcto y comparto que se realice una investigación administrativa para conocer por qué no se brindó la información que requería la Auditoría Interna de la Nación para realizar la investigación. Cabe aclarar que ya se habían hecho otras investigaciones antes. En la interpelación que se realizó al Ministro de Salud Pública nosotros solicitamos que se conformara una Comisión Investigadora, pero los Senadores del oficialismo nos dijeron que no, con el argumento de que se estaba realizando una investigación administrativa. Por tanto, estoy de acuerdo en que se inicie otra, en función de la omisión que llevó a que la Auditoría Interna de la Nación no contara con la información. Ahora bien, ¿se llegó a alguna conclusión o se encontró a los responsables con respecto a la investigación administrativa anterior? Creo que no se deben sumar unas sobre otras las investigaciones administrativas sin terminar de concluir las anteriores. Quizás se está actuando y supongo que pasado casi un año se debe haber llegado a alguna conclusión acerca de las responsabilidades sobre las omisiones que habíamos señalado en otra oportunidad. Reitero que, como oposición, habíamos planteado la necesidad de crear una Comisión Investigadora y se nos dijo -con nuestra discrepancia- que no era necesario porque ya se estaba haciendo una investigación administrativa por parte de ASSE.

A modo de conclusión sobre este tema, quiero decir que no vamos a realizar consideraciones de carácter político frente a la delegación porque nos parece que tenemos que aprovechar esta instancia para hacer las preguntas pertinentes y no para debatir con la Presidenta de ASSE y la delegación que la acompaña. Simplemente, queremos saber en qué están estos asuntos; el

debate político lo haremos cuando el tema se considere en el Plenario e intentaremos llegar a alguna conclusión.

Por consiguiente, las pregunta concretas que queremos formular refieren, por un lado, a cuáles fueron los inconvenientes para el no cumplimiento de los plazos y, por otro, a qué sucede con las recomendaciones que establece la Auditoría. Me alegro que se realice una investigación administrativa sobre la omisión en que incurrieron los jerarcas al no brindar la información a la Auditoría porque esto es parte de la transparencia que debe tener toda la Administración. Finalmente, me gustaría que nos informaran sobre las conclusiones de las investigaciones anteriores.

SEÑORA SILVA.- Quiero hacer dos comentarios.

En su momento, el Directorio lo que decidió no fue realizar una investigación administrativa, sino pedir la concurrencia de la Auditoría Interna de la Nación. La única investigación administrativa con respecto a este tema, definida por el Directorio, es lo que establecimos respecto de la responsabilidad de la entrega de la documentación en este momento.

Si mal no recuerdo, en oportunidad de la interpelación -no por este tema, pero sí por la contratación de las empresas tercerizadas- realizamos investigaciones administrativas en distintos lugares, aunque no tengo en mi memoria los datos concretos. Repito que eso no se debió a este tema. En realidad, por este tema el Directorio decidió en su momento pedir la concurrencia de la Auditoría Interna de la Nación. Una vez culminado el proceso global de todo el informe -que recibimos a mediados de mayo, no lo recuerdo con exactitud- una vez finalizado el análisis del Directorio y de la Gerencia sobre que había información disponible que no se había otorgado consideramos hacer esta investigación -que decidimos hace aproximadamente un mes, tal vez un poco más- a efectos de determinar responsabilidades. Si esa información estaba, se debía pedir nuevamente la concurrencia de la Auditoría para poder identificar si hubo responsabilidades técnicas que no estaban definidas en el informe final de la Auditoría.

Con respecto al tema del plazo, para el 31 de agosto estaba prevista la definición de los términos de requerimientos para hacer la compra del *software* integrado. En esa oportunidad éramos bastante ambiciosos y creíamos que con la definición de términos de requerimiento básico, que permitiera consolidar dos de los cuatros sistemas de información, que tiene ASSE desde hace décadas para gestionar sus recursos humanos, íbamos a tener una mejora sustancial. En ese proceso, en conversación con la Agesic y con el Banco Mundial -con quien estábamos trabajando por este tema- nos dimos cuenta de que no teníamos la posibilidad formal de hacer esa compra porque los precios del mercado requerían de una licitación pública que dispusiera de tiempos más largos. Por lo tanto, entre unos tiempos y otros, tomamos la opción de trabajar en conjunto con el Banco Mundial para que, antes del 31 de octubre, podamos culminar la definición de los términos de referencia y hacer una licitación internacional para un *software* integrado, donde se aplicarán fondos que ya tenemos, pues se cambiará el destino de más de US$ 1:000.000 para mejora de gestión en el marco del préstamo del Banco Mundial para el Programa de Prevención de Enfermedades Crónicas no Trasmisibles. O sea, la fecha del 31 de agosto -que no para era el *software* en funcionamiento, sino para los términos de referencia- nos limitaba un poco por los montos que se estaban pagando por aplicaciones de ese tipo en el mercado. Por eso, nuestro plazo de término de referencia acordado fue el 31 de octubre. Lo estamos cumpliendo y vamos a llegar. El 31 de octubre estará pronto. Aspiramos a que antes de fin de este año, con fecha límite a febrero, se culmine el proceso de licitación, para que en el año próximo se instale el nuevo *software*. Además de esos trámites, hemos estado haciendo arreglos más caseros que nos permitan ir controlando y monitoreando la ejecución de los distintos renglones y objetos del gasto, con el esfuerzo de las personas y de herramientas informáticas más básicas.

SEÑOR RUBIO.- Con relación al proceso de incorporación de miembros de Comisiones de Apoyo a ASSE, si no recuerdo mal, se tomó una decisión inicial en el Presupuesto del año 2005, pero luego se encontró la dificultad de que no estaban previstos los recursos para aportes sociales y otros conceptos, lo que provocó una demora. Luego, en el Presupuesto 2010, se incorporaron recursos, y aparentemente no fueron suficientes.

En fin, me gustaría saber en qué etapa estamos en cuanto a la incorporación de funcionarios. Si más adelante podemos contar con algún informe escrito en este sentido, será bienvenido, pero quisiera tener una idea general sobre esto. Según lo que conocíamos en aquel momento y por la información sobre funcionarios públicos y personas que mantienen vínculos con el Estado -que no tienen el carácter de funcionarios públicos- que acumula la Oficina Nacional del Servicio Civil, se desprende que se trataba de un volumen muy importante de personas que estaban transitando un proceso muy largo -como todos sabemos- hasta llegar a esta situación.

SEÑORA SILVA.- Le pediría a la doctora Ferreira que detalle los números que tenemos sobre el personal presupuestado este año y el año anterior, y las previsiones de aquí a 2013.

SEÑORA FERREIRA.- Tal como expresa el Senador Rubio, nosotros teníamos una previsión de presupuestación, incluso desde el año 2005, que se pudo empezar a concretar a partir del año 2010 con la promulgación de la Ley de Presupuesto. Inicialmente, no se habían previsto los complementos, es decir, las cargas sociales que requiere cada incorporación al Presupuesto de ASSE, tanto de funcionarios dependientes de la Comisión de Apoyo 068 y de la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata, como de aquellos profesionales contratados, en arrendamiento de servicios, como profesionales independientes para ambas Comisiones. En uno de los artículos de la Ley de Presupuesto se previó la asignación al Inciso 029 de una partida -distribuida entre los años 2011, 2012 y 2013- para la incorporación de este personal al presupuesto de ASSE. Lo que ocurrió durante el proceso de presupuestación fue, como decía, que en la estimación de la incorporación de los funcionarios al presupuesto de ASSE se subestimaron las cargas sociales de los profesionales y, al tratarse de personal independiente contratado por las comisiones de apoyo y al haberse acordado gremialmente en 2008 que a esos profesionales, al incorporarlos al presupuesto, se les iba a mantener -eso es lo que se está haciendo- el salario líquido que cobran hoy a través de la emisión de facturas en las Comisiones de Apoyo, las cargas sociales y personales que ASSE debe pagar ascienden, como decía la doctora Silva, a más del 50%. Por esos motivos, en esta Rendición de Cuentas estamos solicitando las partidas necesarias para continuar el proceso de presupuestación.

El proceso de presupuestación de los funcionarios dependientes de las Comisiones y de incorporación al presupuesto de los profesionales que tienen contratos independientes comenzó en el 2011 y durante ese año se incorporaron al presupuesto de ASSE 1.120 personas.

Cabe señalar que entre los profesionales y funcionarios contratados por Comisión de Apoyo de ASSE existen dos modalidades: una de ellas es la de los profesionales o funcionarios contratados en forma exclusiva por la Comisión de Apoyo de ASSE o por la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata -los que llamamos “contratos puros”, ya que son contratados exclusivamente por esas Comisiones-; la otra es la de aquellos funcionarios que son presupuestados -tienen un contrato en el presupuesto de ASSE- y se les hizo otro contrato, al que llamamos “contrato por complemento” al salario que tienen de ASSE.

En 2011 se incorporaron al presupuesto 699 funcionarios que tenían un complemento al sueldo de ASSE, y 421 que eran contratados exclusivamente por la Comisión de Apoyo de ASSE o la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata. Como mencioné anteriormente, esto hace un total de 1.120 personas.

En lo que refiere al año 2012, al momento actual llevamos 758 personas incorporadas al presupuesto. De ese total, 10 son incorporadas “por complemento”, y 748 por contratos puros de la Comisión de Apoyo de ASSE, de la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata o de la Comisión de Apoyo Local.

De acuerdo con lo solicitado, prevemos que para fines de 2013 vamos a alcanzar las 4.078 personas incorporadas al presupuesto de ASSE. Esto significa que, para esa fecha, todavía quedarán funcionarios por incorporar, ya sean dependientes o profesionales contratados. En algunos casos ello se debe a que la Ley de Presupuesto previó la incorporación de aquellos que habían ingresado antes del 31 de julio de 2010; en otros, a que no pueden o no quieren ser presupuestados, y la presupuestación es un acto voluntario. Por esta razón, probablemente queden funcionarios sin incorporar al presupuesto de ASSE al finalizar el año 2013.

SEÑORA TOPOLANSKY.- ¿Cuántos funcionarios quedarían sin presupuestar?

SEÑORA FERREIRA.- Probablemente, serían otros 4.000 funcionarios.

SEÑOR RUBIO.- Con respecto a la situación conflictiva que se ha planteado con los cirujanos, quisiera saber si ellos reclaman la incorporación a ASSE y, por consiguiente, el pago de la nocturnidad -como aparece en la plataforma- o si se trata de otro reclamo.

Según lo publicado en la prensa, se trata de contratos de comisiones de apoyo.

SEÑORA FERREIRA.- Los contratos de Comisión de Apoyo U.E. 068 y de Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata -en este caso en particular es por Comisión de Apoyo U.E. 068- son de arrendamiento de servicios; estos cirujanos fueron contratados como profesionales independientes, y ellos facturan a la Comisión de Apoyo U.E. 068.

Lo que ellos reclaman es que se les pague el beneficio de la nocturnidad mientras son contratados por la Comisión de Apoyo U.E. 068. Sin embargo, lo que ASSE resolvió fue que el pago de la nocturnidad -que, de hecho, ya se está pagando a los presupuestados- se haga efectivo a medida que los cirujanos se incorporen al presupuesto de ASSE.

SEÑOR COURIEL.- Quisiera formular una pregunta concreta.

Cuando uno circula por los ambientes médicos reiteradamente escucha la siguiente preocupación: muchas funciones que están en manos de ASSE tienen que realizarse en mutualistas o clínicas privadas porque ASSE no está en condiciones de efectivizarlas. Lo que uno oye es que se trata de cifras relevantes, importantes.

Es, simplemente, una inquietud, una duda y una reflexión, y me gustaría recibir un comentario al respecto.

SEÑORA SILVA.- Voy a realizar dos comentarios sobre el tema.

Tal vez el señor Senador no estaba presente cuando mencionamos las cifras, que con mucho gusto repetiré. El señor Senador Penadés preguntó cuál era el monto de la contratación anual de compra de servicios a otros prestadores de salud, y nosotros expresamos que en el año 2011 gastamos alrededor de $ 232:000.000 en contratación de camas de CTI, $ 609:000.000 en contratación de estudios diversos -tomografías, resonancias y otros, incluyendo estudios de laboratorio- y $ 206:000.000 en traslados. El gasto en camas de CTI representó el 1,45% del presupuesto total de ASSE; la contratación de estudios, el 3,82%, y los traslados, el 1,30%, es decir que los tres rubros representaron alrededor del 6%.

Nosotros también hemos escuchado los comentarios a que hacía referencia el señor Senador, e incluso muchas veces se nos ha preguntado por qué no prestamos estos servicios nosotros, si sale más barato que hacerlo afuera. Nuestro costo por día cama de CTI es muy similar al costo de la banda inferior del precio ofertado por las empresas en la licitación centralizada de estudios de CTI.

Muchas veces contratamos servicios, no porque ASSE no tenga la posibilidad de brindarlos, sino porque no se justifica que los incorporemos si son de gran porte. Algunos servicios los vendemos nosotros y otros, los compramos. En este proceso de complementación de servicios público-público y público-privado, estamos avanzando en distintos acuerdos de compra y venta o de complementación que nos permitan utilizar mejor nuestros recursos.

Estamos trabajando, por ejemplo, en definir, con el acuerdo y el estímulo del Ministerio de Salud Pública, que en aquellas poblaciones donde nazcan menos de 500 habitantes en el año haya una única maternidad que permita mejorar los indicadores asistenciales y optimizar el uso de los

recursos, porque muchas veces hay dos maternidades en esos lugares, pero no tenemos dos pediatras ni dos ginecólogos.

Por otra parte, en general la planificación de los recursos no se hace para los picos. En los inviernos nos vemos apurados por la utilización de camas de CTI, que contratamos al sector privado porque si tuviéramos el número de camas necesarias para atender nuestro pico de demanda, tendríamos una ociosidad de los recursos -fundamentalmente de los humanos, que representan más del 60% del gasto- durante más de la mitad del año.

Sí estamos avanzando en procura de que, mediante los procedimientos de compra, licitación y convenios, nuestros precios de intercambio en el sistema sean razonables. Justamente, hace algunos días, en la Comisión de Salud Pública del Senado, uno de los temas sobre los que se nos habían planteado consultas era el referido a la situación del CTI, y en esa instancia comentamos con algunos señores Senadores cuáles eran los precios máximos y mínimos del día cama. La realidad es que algunos proveedores fijan ese valor en $ 70.000 y otros, en $ 18.000, de manera que hay una variabilidad importante, que es lo que tratamos de resolver cuando conveniamos. Por ejemplo, hace una semana firmamos un convenio con la Asociación Médica de San José para el uso permanente de una cama. En estos casos ajustamos un precio que nos convenga -que siempre está muy por debajo de la banda inferior del valor del mercado- y que tenga algún sistema de ajuste específico. En ese marco, también hicimos un convenio con el CTI del Hospital Policial y definimos que nuestro precio de intercambio sería el 20% del valor más bajo del precio de la licitación centralizada de estudios.

A veces sí podemos tener algún estudio que sería más eficiente si lo hiciéramos en casa, pero en la generalidad eso no se da y lo que invertimos en esta contratación tiene un porcentaje razonable en el presupuesto global de ASSE.

SEÑOR RUBIO.- Quisiera saber si hubo alguna previsión de escenarios -por supuesto que en esto intervienen muchos factores y los resultados pueden ser muy variables- en cuanto al crecimiento de los usuarios del Fonasa absorbidos por ASSE. Según la cifra que vimos, en la actualidad hay unos 270.000 usuarios, y como va a haber un crecimiento muy significativo de la población incorporada al Fonasa de ahora al año 2016 -si mal no recuerdo- me gustaría saber qué imagen objetiva tienen sobre la “geografía” -entre comillas- de la distribución de usuarios en relación con ASSE y el Fonasa.

SEÑORA SILVA.- Hemos discutido muchas veces sobre este asunto; de hecho, estamos participando en ateneos de evaluación del Sistema Nacional Integrado de Salud, junto con el Departamento de Medicina Preventiva y Social, el Ministerio de Salud Pública y la Organización Panamericana de la Salud, a los efectos de analizar cómo va nuestra labor y cuáles son las previsiones. Al respecto, hemos concluido que el número total de usuarios de ASSE se va a mantener, razonablemente, en la separación que actualmente tiene nuestro país: un tercio es atendido por los servicios públicos y los otros dos tercios por el resto. De los usuarios del Fonasa -cantidad que ha aumentado considerablemente- la gran mayoría ya estaban en ASSE y optaron por seguir atendiéndose con nosotros, con el aporte al Fondo. Por lo tanto, nuestra composición interna varió sustancialmente: aumentamos los usuarios por elección, pero manteniendo el número global.

De acuerdo con el análisis que hemos hecho, pensamos que, al menos durante los próximos cinco o diez años, ASSE va a mantener en una cifra razonable el número de usuarios aunque, por supuesto, con los altibajos que pueda tener en cuanto al ingreso de nuevos colectivos. La incorporación de los jubilados en esta etapa fue una muy buena experiencia para ASSE, porque una gran cantidad de usuarios optaron por quedarse, lo que de alguna forma se contrapone a los resultados de otras encuestas que son serias y que reflejan la voluntad de la población.

En principio, esas son nuestras expectativas.

Debo decir que también estamos apostando a mejorar algunos de los servicios que prestamos a los adultos mayores, ya que nuestra población va aumentando su promedio de expectativa de vida al nacer y la composición de la población usuaria de ASSE está cambiando: antes había más personas jóvenes y ahora existe un número muy importante de usuarios mayores de 65 años.

Es cuanto tengo para informar, señora Presidenta.

SEÑORA PRESIDENTA.- Si los señores Senadores no tienen más preguntas para formular, agradecemos muchísimo la presentación y la información brindada por la delegación de ASSE, y quedamos a la espera del envío por escrito de los datos solicitados.

No habiendo más asuntos, se levanta la sesión.

(Es la hora 16 y 39 minutos.)